

Министерство Здравоохранения Республики Беларусь
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр психического
здоровья»

Игумнов С.А., Станько Э.П., Гелда А.П.

КАРТА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом
для динамической оценки эффективности лечения



Учебно-методическое пособие

Минск, 2012 г.

Учреждение - разработчик: ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (ГУ «РНПЦ психического здоровья»).

Авторы: директор ГУ «РНПЦ психического здоровья», доктор медицинских наук, профессор Игумнов С.А., доцент кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент Стенько Э.П., заведующий лабораторией клинико-эпидемиологических исследований ГУ «РНПЦ психического здоровья», кандидат медицинских наук Гелда А.П.

Рецензенты: главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук Осипчик С.И.; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук Кирпиченко А.А.

Обсуждено и одобрено на заседании Ученого Совета ГУ «РНПЦ психического здоровья» «__» _____ 2012 г., протокол № __. Секретарь Ученого совета ГУ «РНПЦ психического здоровья», кандидат медицинских наук Каминская Ю.М.

Обсуждено и одобрено на заседании кафедры психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет» «__» _____ 2012 г., протокол № __. Заведующий кафедрой, д.м.н. Кирпиченко А.А.

УДК [616.89–008.441.33:615.032]:[616.98:578.828:6Н17]–08

ББК

А.

Пособие посвящено разработке способа оценки эффективности современных методов лечения наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом. Предлагаемая медицинская технология представляет собой карту аддиктивного поведения (КАПИН) в виде структурированного интервью с психометрической оценкой психического и физического состояния потребителей наркотиков для динамической оценки результатов лечения наркозависимости с учетом ВИЧ-статуса.

КАПИН заполняется врачом на основании полученной информации о пациенте. Количественно оцениваются параметры, формирующие клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата. Предлагаемый способ контроля результативности лечения наркозависимости позволяет максимально определить спектр проблем пациента, связанных с потреблением ПАВ, сделать доступной информацию о проблемах пациента для специалистов мультипрофессиональной команды (врачей, психологов, социальных работников) и, тем самым, повысить слаженность работы команды, также получить пациенту в необходимом для него объеме индивидуально подобранные лечебные услуги. КАПИН является информативным и удобным инструментом многофакторной оценки связанных с зависимостью клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов при поступлении, после завершения лечения и в динамике наблюдения.

КАПИН предназначена для использования врачами психиатрами-наркологами в клинической практике и при проведении научных исследований.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	–	антиретровирусные препараты
АРВТ	–	антиретровирусная терапия
ВГВ	–	вирусный гепатит В
ВГС	–	вирусный гепатит С
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВНН	–	ВИЧ-негативные потребители инъекционных наркотиков
ВПН	–	ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков
ГПНИ	–	Государственная программа научных исследований
ЖСБ	–	женщины, занимающиеся секс-бизнесом
ЗБТ	–	заместительная бупренорфиновая терапия
ЗМТ	–	заместительная метадоновая терапия
ИТЗ	–	индекс тяжести зависимости
ИПН	–	инъекционное потребление наркотиков
КАПИН	–	карта аддиктивного поведения ПИН
ЛРП	–	лечебно-реабилитационный процесс
МСП	–	медико-социальная помощь
ПАВ	–	психоактивное вещество
ПИН	–	потребители инъекционных наркотиков
ППК	–	полипрофессиональная команда
ПСФ	–	показатели социального функционирования
СНЗ	–	синдром наркотической зависимости

ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление запрещенными наркотиками является одной из крупнейших проблем современности. Это явление существует во всех странах – от самых богатых до самых бедных, затрагивает все слои населения и постепенно охватывает все возрастные группы, питает преступность, коррупцию и терроризм во всем мире, приносит невыносимые страдания отдельным людям и причиняет колоссальный вред массе других, уносит миллионы жизней и угрожает существованию целых общин. В силу своей масштабности и последствий мировая проблема, связанная с наркотиками и наркопотреблением является серьезным испытанием для систем здравоохранения, образования, уголовного правосудия, социальной защиты, экономики, а иногда и политической системы различных стран (Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2011 год (E/INCB/2011/1). ООН, Нью-Йорк, 2012).

Наркотическая зависимость представляет сложную медико-социальную проблему, оказывает негативное воздействие на здоровье наркопотребителей, благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно при инъекционном потреблении наркотиков. Несмотря на предпринимаемые усилия по борьбе с потреблением наркотиков и других ПАВ, рост наркопотребления, заболеваемости наркоманией и последующих медико-социальных последствий остаются актуальной проблемой как для стран Европейского Союза (Harm Reduction International, 2012), так и СНГ (Киржанова Л. В., 2009). В настоящее время в мире к категории «проблемных» наркопотребителей относится примерно 27 млн. человек, что составляет 0,6% взрослого населения. Около 230 млн. человек, или 5% взрослого населения, по крайней мере, один раз употребляли какой-либо запрещенный наркотик. Героин, кокаин и другие наркотики ежегодно убивают более 200 000 человек, разрушают семьи и приносят бедствия тысячам людей. Запрещенные наркотики подрывают социально-экономическое развитие стран и способствуют росту преступности, нестабильности и распространению ВИЧ-инфекции (Федотов Ю.В., 2012).

В Беларуси еще с начала 90-х годов наблюдалось увеличение числа лиц, страдающих наркозависимостью (Лелевич Е. В. и др., 1997). За последние 7 лет в стране наблюдается неуклонный рост немалозначительного употребления наркотиков и заболеваемости наркоманией. В частности, по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в период с 2004 по 2010 гг., в 2,5 раза отмечено увеличение числа впервые зарегистрированных в наркологическом учете потребителей наркотиков. Только в 2010 г. за помощью в связи со злоупотреблением наркотиками в наркологическую службу республики обратились 1536 граждан, количество состоящих на учете наркопотребителей на конец года составило 94,2 на 100 тыс. населения; коэффициент наглядности по отношению к 2000 г. + 96,8%; темп прироста +11,2%; 1% прироста составил +0,85. (Станько Э.П., 2011). Вместе с тем реальные данные о потреблении наркотических средств, болезненности и заболеваемости наркоманиями значительно выше официальных, поскольку, по оценкам специалистов, на каждого выявленного пациента приходится примерно 7 невыявленных (Кошкина Е.А., 2001).

Одной из причин распространения наркоманий и ВИЧ-инфекции является низкая эффективность проводимых лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий. Наркологическая помощь, в основном, ограничивается купированием синдрома отмены, а

также острых психотических и соматических расстройств вследствие употребления ПАВ. Малоэффективность терапии наркозависимых пациентов объясняется игнорированием, прежде всего, этапности и комплексности в лечении наркологических пациентов, отсутствием клиент-центрированного подхода, особенностью течения наркологических расстройств, носящих системный, хронический характер (Bobrova N.et al., 2006). Поэтому более 70% наркозависимых пациентов в течение года многократно находятся на лечении, а 90% пациентов в течение года после однократного курса стационарного лечения возобновляют прием наркотиков (Илюк Р.Д. и др., 2012). На низком уровне организована биопсихосоциальная реабилитация наркозависимых пациентов, целью которой является обеспечение полноценного функционирования наркопотребителей в обществе. Так, в течение года полная ремиссия наблюдается лишь у 7-9,1% наркозависимых пациентов, имевших опыт участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах государственных центров (Дудко Т.Н. и др., 2009).

Существующий подход к оценке эффективности лечебно-реабилитационной работы с наркозависимыми пациентами сводится преимущественно к определению длительности полной ремиссии, под которой подразумевается отказ от приема наркотиков. Подобная оценка представляется явно недостаточной, так как наркотическая зависимость (особенно опиоидная) является хроническим рецидивирующим заболеванием, с которым трудно бороться из-за навязчивой и непреодолимой тяги к наркотику, заставляющей человека прибегать к нему даже под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты здоровья (Geneva, WHO, 2004). Кроме того, для лиц, зависящих от наркотиков характерен ряд медицинских, психологических и социальных проблем, которые необходимо учитывать при планировании и оказании медицинской помощи, особенно в случаях присоединения ВИЧ-инфекции. Поэтому, мониторинг медико-социальной помощи с оценкой результатов лечения и проведением биологического контроля потребления ПАВ является наиболее адекватной оценкой терапевтического результата наркотической зависимости.

В настоящей работе рассмотрены современные подходы к оценке результатов лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом с помощью разработанной авторами КАПИН.

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

Злоупотребление наркотиками является международной проблемой, актуальной для большинства экономически развитых и развивающихся стран мира. Многочисленные проблемы здоровья и смертности, ассоциированные с наркозависимостью возникают как результат сложного взаимодействия между потребителем (его организмом, личностью, состоянием здоровья), окружающей средой в которой потребляется ПАВ и непосредственно свойствами этого ПАВ. Из-за недостатка необходимых сведений проблематично определить ущерб для общества по каждой категории ПАВ, однако очевидно, что все страны терпят большие убытки в результате вреда, причиняемого наркотиками. Различные нарушения здоровья и поведения, связанные с потреблением наркотиков, являются причиной многих видов медицинского, социального и экономического ущерба. Общая стоимость помощи пациентам, находящимся на лечении в наркологических учреждениях на протяжении последних десятилетий возросла и продолжает расти. Еще 15-20 лет тому назад, указывали на низкую результативность помощи наркологических пациентам, несмотря на ее значительное удорожание (Дробышева В.Я., 1995). Затраты, связанные с лечением наркозависимости в 2005 г. в Российской Федерации составили 1 млрд. 500 млн. рублей, при стоимости стационарного лечения опийной наркомании 21 тыс. рублей, за этот же период лечение получили 50000 пациентов (Менделевич В.Д., 2006). Вместе с тем, терапевтической ремиссии длительностью более 12 месяцев достигают лишь около 8% пациентов опийной наркоманией (Иванец Н.Н., Винникова Л.А., 2001; Кошкина и соавт., 2007). Рассматривая годовую ремиссию как критерий эффективного лечения, следует признать, что почти 1 млрд. руб. ежегодно тратится неэффективно (Зоскин М.А., 2008).

Тем не менее, стратегической целью лечения в наркологии остается достижение стойкой и длительной ремиссии заболевания. Тактические действия психиатра-нарколога, смежных специалистов направлены на снижение медико-социальных последствий ИПН, выраженности рискованного поведения ПИН и оказание комплексной МСП, приводящей к улучшению здоровья и социального функционирования пациента. Лечение комплексное, включающее использование психофармакологических, психотерапевтических и социально-ориентированных методов с клиент-центрированной направленностью, виды и объем которых варьируют в зависимости от этапа терапии. Основные принципы лечения пациентов с наркотической зависимостью включают в себя добровольность, комплексность, этапность, непрерывность, преемственность и индивидуальность. В мировой практике лечения наркозависимости широко используется ЗМТ, ЗБТ (наркотические агонисты опиоидных рецепторов – метадон, бупренорфин и др.), что позволяет улучшить социальное функционирование и качество жизни ВПН и повысить их приверженность к АРВТ (ВОЗ, 2006). Необходимо отметить, что современная отечественная наркология в лечении ВПН допускает несоблюдение принципа полного отказа от употребления ПАВ.

Среди основных типов, методов и средств терапевтического воздействия выделяют биологически, психотерапевтически и социально ориентированное воздействия (Наркология: национальное руководство, 2008). В лечении наркозависимости выделяют следующие этапы (Беляева В.В., Кошкина Е.А. и др., 2010): *начальный этап (детоксикация)* – неотложная

наркологическая помощь при острых интоксикациях ПАВ, передозировках, синдромах отмены и психозах. На начальных этапах лечения основную роль играет мотивационное интервьюирование и психофармакотерапия. Длительность этапа составляет 5-7 дней в закрытом стационаре; *этап восстановительного лечения* – снижение тяги к ПАВ, нормализация сна, настроения, поведения и коррекция токсического поражения внутренних органов и тканей. Длительность этапа составляет 2,5-3 недели стационарного лечения; *заключительный этап (реабилитационный)* – коррекция личности пациента и выработка адаптивных поведенческих навыков. Длительность этапа – 6-12 месяцев. Основную роль играет когнитивно-поведенческая психотерапия и социальная помощь.

Наиболее эффективной схемой лечения опийной наркомании является проведение детоксикации, комплексной фармакотерапии постабстинентных расстройств с последующей когнитивно-поведенческой и групповой психотерапией, долгосрочной амбулаторной социально-трудовой реабилитацией и применением пролонгированных форм налтрексона. Отсутствие сети реабилитационных центров, недостаточная доступность современных препаратов (налтрексона-имплант) ограничивают широту применения данного подхода. Необходимо учитывать важность индивидуального подхода при медико-социальном сопровождении ВПН, то есть при ведении пациента должны приниматься во внимание его личностные особенности, социальное окружение, семейный и психический статус (сопутствующие заболевания), семейная обстановка (семейная психотерапия), возможность трудоустройства и восстановления документов для пациентов, недавно освободившихся из мест лишения свободы.

Увеличение численности ВПН закономерно ставит перед инфекционистами ряд вопросов, требующих определенных знаний, касающихся клинической наркологии, в частности, что такое наркотическая зависимость, каковы ее проявления и особенности протекания в случае присоединения ВИЧ-инфекции, как наркозависимость влияет на течение и эффективность лечения ВИЧ-инфекции, каковы современные подходы к лечению зависимости и др. Наиболее эффективным в лечении ВПН является использование мультидисциплинарного подхода, при котором подразумевается участие специалистов в составе ППК (психиатра нарколога, инфекциониста, психолога, социального работника и др.). Для повышения информированности об имеющихся услугах и снижения недоверия к наркологическим помощи с целью привлечения скрытого контингента потребителей наркотиков и используется проведение уличной социальной и мотивационной работы («аутрич – работа»). Взаимоотношения персонала ППК с каждым из пациентов являются важнейшим фактором успеха ЛРП. В профилактике срывов и рецидивов наркозависимого пациента, принимающего АРВТ, каждый специалист выполняет свою функцию: врач инфекционист поддерживает доверительные партнёрские отношения с ВПН, может распознать состояние перед срывом и подключить других членов ППК. Психиатр-нарколог назначит необходимые психофармакологические препараты и выполнит психотерапевтическое вмешательство. Психолог и «равный консультант» в этой ситуации окажут консультирование и поддержку.

Партнёрские взаимоотношения между членами ППК обеспечивают позитивное продвижение пациента по программе и профессиональный рост специалистов ППК. Пренебрежение правилами партнёрских взаимоотношений при ведении ВПН чревато принятием непродуманных решений и, в конечном итоге, потерей пациента. Система

взаимоотношений в наркологии «врач-пациент» представляет анализ психического состояния пациента, умение выбрать правильную тактику помощи – не отвратить пациента от специалиста, не спровоцировать желание переложить на персонал свои проблемы и уйти в психологическое сопротивление (Беляева В.В., Кошкина Е.А. и др., 2010). Умение выстраивать партнёрские отношения с пациентами предполагает наличие у специалистов ППК определённых личностных качеств таких, как эмпатия, коммуникабельность, уравновешенность, устойчивость к манипулированию, доброжелательность, толерантность. Если медицинская помощь оказывается непредвзято и справедливо, то определённая часть ПИН соглашается на лечение ВИЧ-инфекции и соблюдает врачебные рекомендации. При этом, наилучшие результаты наблюдаются при сочетании лечения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа и психосоциальной поддержке (Клинический протокол Европейского региона ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков, 2006).

Организация наркологической помощи в Республике Беларусь. Основными нормативными документами, определяющими клиническое ведение пациентов с наркотической зависимостью являются Клинические протоколы оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2011 года № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами». При оказании медицинской помощи наркологическим пациентам, в соответствии с Клиническими протоколами оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, в настоящее время выделяют следующие этапы лечебно-диагностических мероприятий:

1. *Диагностика (выявление) употребляющих ПАВ пациентов.* Длительность этапа составляет 1-5 дней. Проводится в амбулаторных и стационарных условиях. С пациентом заключают терапевтический договор (устный или письменный), в котором отражены права, обязанности и ответственность врача и пациента, других медицинских и иных работников, участвующих в оказании наркологической помощи. Может использоваться психологическое консультирование с целью повышения мотивации пациентов. Содержанием этапа является проведение следующих мероприятий: постановка диагноза; определение целесообразности лечебных мероприятий; постановка целей лечения; выбор лечебной программы; формирование мотивации к лечению.

2. *Прекращение приема ПАВ (детоксикация).* Лечение проводят в амбулаторных и стационарных условиях. В зависимости от типа ПАВ, длительность этапа составляет 7-30 дней. Содержанием этапа является лечение состояния отмены и усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения синдрома зависимости.

3. *Лечение синдрома зависимости.* Длительность этапа составляет 1-6 месяцев. Содержанием этапа является проведение следующих мероприятий: подавление влечения к ПАВ; стабилизация состояния трезвости с помощью психотерапевтического воздействия (индивидуальная, групповая поддерживающая психотерапия) и психологической коррекции, при наличии показаний – использование лекарственных средств; назначение заместительной поддерживающей терапии.

4. *Медицинская реабилитация.* По согласованию с пациентом этап может длиться неопределенно долго. Реализуется пребыванием пациента в стационарных и в амбулаторных

реабилитационных отделениях (центрах), на длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях. Направлен на предупреждение рецидивов синдрома зависимости. Содержанием этапа является проведение психотерапевтического воздействия; оказание психологической помощи и социальная работа с пациентом после достижения воздержания от употребления ПАВ.

Медицинская реабилитация может проводиться пациентам, получающим заместительную поддерживающую терапию или фармакотерапию сопутствующих психических и поведенческих расстройств. Постреабилитационная фаза предусматривает посещение групп взаимопомощи «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы», участие в терапевтических сообществах пациентов при организациях здравоохранения. Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ осуществляется поэтапно, согласно уровням оказания медицинской помощи: 1-й этап – районные, городские организации здравоохранения; 2-й этап – межрайонные, областные организации здравоохранения; 3-й этап – республиканские организации здравоохранения. Основными задачами оказания помощи на уровне районных, городских организаций здравоохранения являются выявление пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ; лечение состояния отмены и мотивация пациента на прекращение потребления ПАВ; поддерживающее лечение синдрома зависимости (психофармакотерапия и психотерапия).

В межрайонных организациях здравоохранения могут быть организованы амбулаторные и стационарные реабилитационные отделения (при наличии коечного фонда). Региональные организации здравоохранения (областной уровень, городские – для г. Минска) осуществляют оказание медицинской помощи для жителей областных центров и г. Минска, в том числе в стационарных условиях (в стационарных реабилитационных отделениях). На республиканские организации здравоохранения возлагается лечение пациентов с состоянием отмены и синдромом зависимости от ПАВ; лечение резистентных случаев; терапия пациентов с сочетанными психическими расстройствами и синдромом зависимости от ПАВ; разработка и апробация новых методов оказания помощи, в том числе реабилитационных программ; консультирование пациентов для определения тактики их лечения на других уровнях.

Обязательные обследования проводятся на всех уровнях оказания помощи и этапах лечебно-диагностических мероприятий, вне зависимости от диагноза пациента. При повторных эпизодах лечения в амбулаторных условиях по поводу нетяжелых проявлений психических расстройств, обследования проводятся при наличии показаний.

Обязательные обследования включают:

1) определение концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и анализ крови (слюны) на наличие алкоголя;

2) исследование мочи на наличие ПАВ – наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ, лекарственных средств (не психотропных анксиолитических и снотворных средств) с помощью экспресс-тестов или в лаборатории;

3) биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора; определение

активности печеночных ферментов – АсАТ, АлАТ, ГГТП, при этом определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, печеночных ферментов повторяется в течение лечения, как правило, 1 раз в месяц; далее – по показаниям.

Дополнительные обследования при наличии показаний: консультация терапевта, невролога; электрокардиография; флюорография (рентгенография, рентгеноскопия); определение маркеров гепатитов В и С: исследование на наличие поверхностного антигена вируса гепатита В – HbsAg, определение антител к вирусу гепатита С (anti-HCV); реакция МРП, ИФА выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме, спинномозговой жидкости; ИТЗ (однократно), на 3 и 4 этапе лечебно-диагностических мероприятий – не реже 1 раза в 3 месяца; психологическая диагностика – в динамике для оценки восстановления эмоциональных и когнитивных функций, особенно на 4 этапе лечебно-диагностических мероприятий; консультация социального работника (при необходимости – специалиста по социальной работе) прежде всего на 3 и 4 этапе лечебно-диагностических мероприятий; МРТ или КТ головного мозга (однократно); электроэнцефалография (после консультации невролога).

Цель и ожидаемые результаты лечения. Целью лечения *острой интоксикации* ПАВ является устранение интоксикации, предупреждение развития осложнений и их лечение. Ожидаемый результат – достижение состояния безостой, устранение осложнений интоксикации. Целью лечения при *употреблении ПАВ с выраженными последствиями* является уменьшение негативных последствий употребления ПАВ либо полное прекращение употребления ПАВ. К ожидаемым результатам лечения относят снижение частоты и объемов употребления ПАВ; прекращение рискованных видов потребления ПАВ; улучшение качества жизни и социального функционирования.

Целью лечения *синдрома зависимости* является прекращение употребления ПАВ и коррекция поведенческих, эмоциональных и когнитивных нарушений; снижение частоты и объемов потребления ПАВ; уменьшение негативных медико-социальных последствий потребления ПАВ, прекращение рискованных видов потребления ПАВ; улучшение качества жизни и социального функционирования пациента. К ожидаемым результатам лечения относятся достижение длительного воздержания от употребления ПАВ, снижение частоты и объемов употребления ПАВ, прекращение рискованных видов потребления ПАВ, улучшение социального функционирования, формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Целью лечения *состояния отмены* является купирование состояния отмены, предупреждение развития и лечение его осложнений. Ожидаемые результаты лечения: стабилизация психосоматического состояния; отсутствие влечения к ПАВ, обусловленного состоянием отмены; формирование мотивации пациента на прекращение потребления ПАВ (снижение частоты и объемов употребления ПАВ; прекращение рискованных видов потребления ПАВ). Целью лечения *психотических расстройств* является купирование симптомов и лечение осложнений. К ожидаемым результатам лечения относят отсутствие бреда и галлюцинаций, наличие критики к перенесенному психотическому расстройству, осознание связи между развитием психотических расстройств и употреблением ПАВ. Целью лечения *резидуальных и отсроченных психических расстройств* является купирование симптоматики, лечение сопутствующих психических и соматических расстройств,

улучшение социального функционирования. К ожидаемым результатам лечения относят предупреждение прогрессирования расстройств и развития стойкой нетрудоспособности, сохранение способности к самостоятельному проживанию, достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента.

Лечение острой интоксикации. При необходимости неотложная помощь оказывается врачом скорой медицинской помощи или иным врачом-специалистом, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии или отделение реанимации (интенсивной терапии). Длительность лечения острой интоксикации в стационаре составляет от 1 до 5-10 дней. *Лечение при употреблении ПАВ с вредными последствиями* в большинстве случаев осуществляется амбулаторно. Длительность амбулаторного лечения составляет до 1-3 месяцев, в стационаре определяется индивидуально. *Лечение при синдроме зависимости:* в стационаре – при наличии резидуальных психотических расстройств по желанию пациента, безуспешном амбулаторном лечении в анамнезе, наличии неблагоприятного социального окружения, отсутствии поддержки родственников; в остальных случаях – амбулаторно. Длительность лечения при синдроме зависимости в стационаре составляет 14 – 60 дней, амбулаторно – до 6-12 месяцев; при необходимости – неопределенно долго. Психотерапия и психологическая помощь в лечении синдрома зависимости должны быть ведущими подходами, которые включают следующие основные направления: проблемно-ориентированные подходы (бихевиоральный, когнитивно-бихевиоральный подход, тренинг социальных навыков, методы профилактики рецидивов, тренинг стратегий совладания); психодинамические и личностно-ориентированные подходы (личностного роста – гештальт-терапия, экзистенциально-гуманистическая терапия, арт-терапия); духовно-ориентированные подходы (группы самопомощи «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и другие); социально-ориентированные подходы (терапия занятостью, спорт и общественная работа, психообразование, работа с семьей). Лечение наркозависимых пациентов должно завершаться их медицинской и психосоциальной реабилитацией.

Непосредственно для лечения синдрома зависимости не рекомендуется использование биологически активных добавок к пище и аппаратных методов воздействия на головной мозг (без поддерживающей психотерапии), на систему крови, также лимфатическую, сердечно-сосудистую, костно-суставную и периферическую нервную системы.

Лечение состояния отмены. Показаниями к лечению в стационаре являются отсутствие поддержки со стороны родственников; зависимость от 2-х и более ПАВ; сопутствующее употребление психотропных средств (анксиолитических из группы бензодиазепинов, седативных средств из группы барбитуратов); безуспешность попыток лечения амбулаторно; легкий доступ к ПАВ в амбулаторных условиях; другие зависимости от ПАВ в анамнезе; психопатоподобное поведение в структуре состояния отмены; повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь; агрессивные и суицидальные тенденции; сопутствующие психические расстройства, которые затрудняют лечение в амбулаторных условиях, в т.ч. расстройства личности; декомпенсированные хронические соматические заболевания; острое соматическое заболевание; отсутствие возможности частого контакта с пациентом; черепно-мозговая травма с потерей сознания в анамнезе; состояние отмены с судорогами в анамнезе. Лечение состояния отмены в амбулаторных условиях проводится при отказе пациента от госпитализации, при отсутствии осложнений, наличии медицинских

или социальных противопоказаний. Длительность лечения в амбулаторных и стационарных условиях состояния отмены составляет от 7-14 до 28 дней.

Непосредственно для лечения состояния отмены не рекомендуется использование методов экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез); методов и методик с недоказанной эффективностью; указаний при оказании помощи на применение лекарственных средств или методов (например, дисульфирама или налтрексона для имплантации или электростимуляции), если при этом применяются другие лекарственные средства или методы с плацебо-эффектом (например, магния сульфат, ксантинола никотинат или гипноз); аминокислот (глицина, триптофана); ноотропных лекарственных средств, лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение при отсутствии когнитивных расстройств.

Лечение *психотических расстройств* осуществляется в стационаре. Длительность лечения психотических расстройств в стационаре составляет 2-4 недели. Лечение *резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройств*: стационарное – при неоднократных неудачных попытках прекращения потребления ПАВ амбулаторно и при желании пациента; амбулаторное и полустационарное (отделение дневного пребывания) – в остальных случаях. Длительность стационарного лечения при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах – до 2 месяцев, амбулаторного лечения – неопределенно долго.

Лечение *психических и поведенческих расстройств вследствие употребления опиоидов*. При острой опиоидной интоксикации без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. При нарушении дыхательной функции, в случае угнетения сознания и гиповентиляции требуется экстренная медицинская помощь. *Обследование* ограничивается сбором анамнестических сведений у родственников пациента или сопровождающих его лиц. После восстановления дыхания, при неэффективности проводимой терапии проводят *дополнительные обследования*: определение уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе (крови); биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы; исследование мочи на наличие ПАВ (опиоиды) и лекарственных средств (аксиотические, седативные и снотворные средства). Неотложная помощь оказывается врачами скорой медицинской помощи, после чего рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии или отделение реанимации (интенсивной терапии) ближайшей организации здравоохранения. Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения на всех уровнях (районный, региональный, республиканский).

Основным лекарственным средством лечения острого отравления опиоидами является налоксон (антагонист опиоидных рецепторов). Налоксон вводят по 0,2-0,4 мг внутривенно (внутримышечно, подкожно). При неэффективности инъекции повторяют каждые 2-3 минуты, суммарная доза – 10 мг. Если улучшение отсутствует по достижении общей дозы налоксона в 10 мг, значит тяжесть состояния обусловлена не только опиоидной интоксикацией. Необходимо исключить другие состояния, которые могут быть причиной коматозного состояния: состояние после эпилептического припадка; отравление алкоголем, седативными или снотворными средствами (производные барбитуровой кислоты, производные бензодиазепина); отравление вследствие приема нескольких ПАВ; отравление

опиоидами с высокой связью с опиоидными рецепторами (производные фентанила); гипоксическая энцефалопатия; тяжелая ЧМТ; гипогликемия; гипергликемия; острая сердечная недостаточность и др.

Признаком эффективности действия налоксона является восстановление дыхания через 1 минуту после инъекции, затем проясняется сознание, повышается артериальное давление, расширяются зрачки. Если после введения нескольких порций налоксона нет положительного эффекта – показана интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания, а также мероприятия по устранению иных расстройств. После введения налоксона возможно развитие выраженного состояния отмены, артериальная гипертензия, в редких случаях могут развиваться пароксизм мерцательной аритмии, отек легких. В связи с непродолжительностью действия налоксона (60 минут), могут понадобиться повторные инъекции препарата. Поэтому пациент должен находиться под наблюдением врача ближайшей организации здравоохранения не менее суток. После нормализации состояния рекомендуется мотивационная беседа с обсуждением негативных последствий потребления опиоидов и возможности их снижения.

Медицинская помощь при синдроме зависимости от опиоидов должна оказываться в любых организациях здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи (районных, региональных, республиканских). При обследовании необходимо проводить отдельно беседу с пациентом, затем с родственниками и/или его близкими (при наличии). В процессе сбора анамнестических сведений у пациента необходимо выяснить следующие сведения: первый контакт с ПАВ; начало и регулярность, длительность употребления ПАВ; способ употребления ПАВ; применявшееся ранее лечение; наличие спонтанных и терапевтических ремиссий; контекст употребления данного ПАВ и других ПАВ; отношение к употреблению ПАВ в кругу друзей; описание состояния опьянения (субъективно переживаемое действие ПАВ) и состояния отмены; негативные последствия приема ПАВ (семейная жизнь, работа, учеба), социальные проблемы; криминальную активность (воровство, хулиганство и др.); наличие психопатологической и неврологической симптоматики (нарушения пищевого поведения, бред и галлюцинации, судорожные припадки и другие), перенесенные соматические заболевания. Кроме инъекционного, встречается интраназальное, также путем курения употребление опиоидов (чаще героина). Доказательством факта употребления опиоидов является их обнаружение или их дериватов (метаболитов) в моче и/или крови. Бензодиазепины и каннабиноиды имеют более длительный период выведения по сравнению с героином, поэтому при сочетанном употреблении нередко могут обнаруживаться в моче. Однако обнаружение опиоидов в моче не позволяет поставить диагноз синдрома опиоидной зависимости. Необходимы многократные анализы мочи, так как применяемые экспресс-методики не всегда достаточно чувствительны и специфичны, а концентрация в моче опиоидов или их дериватов колеблется в зависимости от режима их употребления.

Обязательное обследование включает в себя следующий перечень мероприятий:

– биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора, определение ГГТП, АсАТ, АлАТ;

- обследование на сифилитическую инфекцию: реакция МРП, ИФА выявления суммарных антител (или антител одного класса) к *Treponema pallidum* в сыворотке крови, плазме, спинномозговой жидкости;
- определение маркеров гепатитов В и С;
- исследование на наличие ВИЧ-инфекции;
- исследование мочи на наличие ПАВ (опиоидов: морфин/героин, метадон, кокаин, психостимуляторов – амфетамин и метамфетамин, каннабиноидов, седативных и снотворных средств – бензодиазепинов и барбитуратов, трамадола и дифенилгидрамина).

При наличии показаний могут быть проведены *дополнительные обследования*: консультация невролога; психологическая диагностика; ИТЗ. Перед взятием анализов на ВИЧ-инфекцию и гепатиты, необходимо предтестовое консультирование. После объявления результатов обследования на ВИЧ, с пациентом проводится обязательно посттестовое консультирование.

В *терапии* опиоидного синдрома зависимости выделяют 4 фазы: диагностическая и мотивационная фаза; фаза отнятия наркотического средства; фаза реабилитации; постреабилитационная фаза. *Диагностическая и мотивационная фаза* необходимы для определения целесообразности лечебных мероприятий, постановки целей лечения, выбора лечебной программы. С пациентом заключают терапевтический договор, в котором отражены его права и обязанности. *Фаза отнятия наркотического средства* – проводят купирование состояния отмены и усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения. Длительность фазы 1-4 недели. Лечение проводят стационарно или в амбулаторных условиях. *Реабилитационная и постреабилитационная фазы* подразумевают проведение психотерапии, социальной работы с пациентом, оказание психологической помощи. Реабилитационный процесс осуществляется в специализированных реабилитационных центрах, проводится длительная психотерапия в амбулаторных условиях, посещение групп само-, и взаимопомощи, «Анонимные наркомены».

В лечении опиоидной зависимости одновременно с психотерапией используют налтрексон (блокатор опиоидных рецепторов), блокирующий эйфорический эффект вводимых извне опиоидов, но оказывающий влияния на патологическое влечение к ним. При одновременном употреблении опиоидов налтрексон не вызывает негативной физиологической реакции или угрожающего состоянию здоровья расстройства. Назначается в виде инъекций пролонгированного действия для внутримышечного введения (раствор суспензии). До назначения налтрексона пациент не должен иметь признаков состояния отмены опиоидов и не менее 7 дней воздерживаться от приема опиоидов. Длительность лечения налтрексоном составляет не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте при использовании налтрексона, лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Противопоказаниями к приему налтрексона являются состояние отмены опиоидов; лечение наркотическими анальгетиками болевого синдрома, заболевания печени (острый гепатит, печеночная недостаточность); гепатопатии (острый и хронический гепатиты с повышением более, чем в 3 раза уровня АлАТ или АсАТ); беременность; возраст до 18 лет. Налтрексон вводят 1 раз в месяц только *внутримышечно* (внутривенно вводить нельзя!) в виде инъекций пролонгированного действия путем растворения суспензии, содержащей 380 мг налтрексона в 4 мл растворителя.

Показаниями к стационарному лечению *состояния отмены опиоидов* являются: отсутствие поддержки со стороны родственников; зависимость от 2-х и более веществ, сопутствующее употребление бензодиазепиновых анксиолитиков; безуспешность попыток амбулаторного лечения; легкий доступ к наркотическому средству в амбулаторных условиях; зависимость от алкоголя в анамнезе; психопатоподобное поведение; повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь; агрессивные и суицидальные тенденции; наличие коморбидных психических заболеваний; декомпенсированные соматические заболевания. *Купирование* состояния отмены опиоидов осуществляется с использованием в различных сочетаниях следующих лекарственных средств: клонидин (антиадренергическое средство); метадон, бупренорфин, трамадол (опиоидные анальгетики); кеторолак, ибупрофен (ненаркотические анальгетики, противовоспалительные нестероидные средства), диазепам, клоназепам (бензодиазепиновые анксиолитики); зопиклон, циклобарбитал (снотворные средства); хлорпротиксен, левомепромазин (антипсихотические средства); амтриптилин, доксепин (антидепрессанты); лоперамид (антидиарейное средство), баклофен (миорелаксант центрального действия, снижает тонус мышц); метоклопрамид (противорвотное средство). При наличии активного гепатита (острого, хронического) назначение лекарственных средств проводится с осторожностью. Следует воздержаться от назначения фенотиазиновых нейролептиков, трициклических антидепрессантов, карбамзепима. Рекомендуется трамадол и клонидин, назначение малых доз оксазепам (30 мг/сутки).

Выделяют следующие методики лечения *состояния отмены опиоидов*:

- 1) с использованием метадона или бупренорфина;
- 2) сочетание клонидина и транквилизаторов (бензодиазепиновые анксиолитики);
- 3) сочетание нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов между собой.

Детоксикация с применением метадона. Метадон назначают в начальной дозе 40-60 мг/сутки, внутрь, в виде сиропа или раствора, далее каждые 1-2 дня понижают суточную дозу на 5 мг до полной отмены. Детоксикация метадоном может проводиться стационарно или амбулаторно. *Детоксикация с применением бупренорфина.* Бупренорфин назначают сублингвально в дозе 8-32 мг/сутки, далее каждые несколько дней суточную дозу понижают на 2 мг до полной отмены препарата. Бупренорфин используется также для парентерального введения: препарат вводят внутримышечно в виде раствора для инъекций в ампулах по 1 и 2 мл (1 мл содержит 0,002 г 0,3 мг/ бупренорфина) в суточной дозе 0,9-1,8 мг на 2-3 приема. *Детоксикация с использованием клонидина и диазепам.* Клонидин применяют в суточной дозе 450-500 мкг, кратность приема составляет 3-5 раз в день. Диазепам назначают внутрь 40-60 мг/сутки, при выраженной симптоматике – внутримышечно (*только не внутривенно!*). Клонидин хорошо купирует вегетативный компонент состояния отмены. Побочные эффекты при использовании клонидина – гипотензия, атриовентрикулярная блокада, брадикардия, запоры. Гипотензивный эффект требует мониторинга артериального давления перед приемом каждой дозы клонидина. Если на момент приема очередной дозы артериальное давление ниже 90/60 мм. рт. ст. или ЧСС менее 60 ударов в минуту – прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения ЧСС. При применении клонидина в больших дозах может развиваться лекарственный делирий.

Детоксикация с сочетанным применением различных лекарственных средств (преимущественно внутрь). Клонидин используется по указанной выше схеме в сочетании с

трамадолом (400 мг/сутки) и диазепамом (30-60 мг/сутки) внутрь. Вместо клонидина можно использовать хлорпротиксен (100-400 мг/сутки), который оказывает выраженный седативный эффект. Побочные действия хлорпротиксена обусловлены его выраженным холиноблокирующим эффектом – делирий, запор, сухость во рту, тахикардия. Обычно к проводимому лечению добавляют диазепам (30-60 мг/сутки) внутрь. Для купирования диареи можно использовать лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид. При выраженной миалгии дополнительно назначают нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (ибупрофен) и лекарственные средства, снижающие мышечный тонус (баклофен). Лекарственные средства применяют в течение 5-7 дней, затем постепенно снижают дозировки и отменяют через 10-15 дней. Состояние отмены метадона требует более длительного применения лекарственных средств (до 20 дней). При импульсивности и дисфории, для приверженности пациента к получению психотерапии показано назначение противоэпилептических препаратов с нормотимическим действием (препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин).

Гемодиализ, гемосорбция, форсированный диурез, ультрафиолетовое или лазерное облучение крови при купировании состояния отмены опиоидов обычно нецелесообразно. При невозможности приема жидкости внутрь показано внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов. Для лечения бессонницы после купирования состояния отмены опиоидов применяют седативные антипсихотики (хлорпротиксен) и антидепрессанты (амитриптилин, миансерин, вортипектин); бензодиапиновые снотворные средства (зопиклон, золпидем, залеплон); мелатонин; комбинированное снотворное средство, содержащее 10 мг диазепам и 100 мг циклобарбитала. Не рекомендуется длительное, более 2 недель, использование бензодиазепиновых снотворных средств. При неэффективности лечения, ориентированного на полное воздержание рекомендуется проведение ЗМТ.

Заместительная терапия опиоидной зависимости. Проводится лечение пациента с использованием опиоидов под контролем врача в постоянной суточной дозировке в течение длительного времени или краткосрочно (метадон) со снижающейся дозировкой. Основным лекарственным средством для заместительной терапии является *метадон*, также может использоваться *бупренорфин*. Целью ЗМТ является снижение частоты употребления ПИН «уличных» опиоидов и в перспективе достижение воздержания от приема опиоидов и других ПАВ. Длительность ЗМТ определяется лечащим врачом по согласованию с пациентом. Для достижения эффекта, как правило, длительность ЗМТ составляет от одного до нескольких лет; при наличии эффекта и согласии пациента может продолжаться неопределенно долго. *Показаниями* к проведению ЗМТ являются установленный диагноз синдрома зависимости от опиоидов; употребление опиоидов инъекционным путем; возраст старше 18 лет; опиоидная зависимость у беременных женщин (показание к назначению ЗМТ на время беременности и до 6 месяцев после родов); наличие сопутствующих хронических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, ВГВ, ВГС, туберкулез), требующих медицинского наблюдения и лечения. *Противопоказаниями* к назначению ЗМТ являются употребление опиоидов без синдрома зависимости; также употребление опиоидов неинъекционным путем (курение, вдыхание).

Метадона гидрохлорид – сильнодействующий агонист опиоидных рецепторов, который при проведении ЗМТ назначается внутрь в виде раствора или сиропа со сладким

вкусом, гораздо реже – в виде таблеток. *Метадон нельзя вводить внутривенно!* Следует отметить, что при проведении ЗМТ необходимо подобрать дозу, при приеме которой у пациента развивается состояние психофизического комфорта. При повышении суточной дозы метадона интенсивность эйфории растет до определенного уровня, после чего дальнейшее увеличение дозы метадона вызывает только седацию (эффект «плато»). Метадон обычно назначается раз в день, иногда рекомендуется 2 раза в сутки. При приеме внутрь в дозе 60-150 мг/сутки метадон обеспечивает блокаду опиоидных рецепторов, поэтому даже при сочетанном потреблении других опиоидов, эйфоризирующего эффекта не наблюдается. При приеме стабильной дозы метадона работоспособность пациента сохраняется и он может выполнять повседневные обязанности.

Различают 2 стадии при проведении ЗМТ – стадию индукции и стадию стабилизации. На *стадии индукции* происходит постепенное увеличение суточной дозы метадона до оптимальной. При этом, начальная доза метадона составляет 20-30 мг. Темп повышения дозы обычно составляет 5-10 мг каждые 3 дня. В начале лечения, при проведении ЗМТ в амбулаторных условиях, пациент в течение 2-3 часов после приема метадона должен находиться под наблюдением медработников. При высокой толерантности к опиоидам начальная доза метадона может составлять до 40 мг, но не более. При этом назначают 30 мг метадона внутрь, и затем через 3 часа – еще 10 мг метадона. После назначения второй дозы метадона в амбулаторных условиях пациента необходимо наблюдать не менее 2-3 часов. В случае, когда пациент испытывает выраженные явления состояния отмены или индукция осуществляется в стационарных условиях, темп повышения дозы может составлять 5-10 мг в день каждые 1-3 дня в зависимости от переносимости и эффективности. В этих условиях пациент должен находиться в палате в течение минимум 3 часов после приема метадона.

На *стадии стабилизации* пациент получает постоянную дозу метадона, которая может быть изменена из-за наличия сопутствующих заболеваний, проведения сопутствующей терапии другими лекарственными средствами или по другим причинам. На стадии стабилизации средняя суточная доза метадона составляет 60-150 мг, некоторым пациентам («быстрые метаболизаторы», принимающие лекарства – индукторы печеночных ферментов, изменяющие метаболизм метадона в организме и приводящие к ускоренному его выведению) необходимы более высокие дозы – до 200-300 мг/сутки и выше в 1-3 приема. При назначении метадона в сочетании с лекарственными средствами, ускоряющими его выведение, рекомендуется прием препарата 2 раза в сутки. При проведении ЗМТ и одновременном употреблении пациентами бензодиазепинов, барбитуратов или алкоголя, у них значительно повышается риск передозировки. Для достижения эффективности при проведении ЗМТ минимальная суточная доза метадона должна составлять не менее 60 мг при постоянном его приеме. Побочные действия метадона (потливость, запоры, уменьшение полового влечения, нарушение концентрации внимания) возникают примерно у 20% пациентов. При подборе дозы необходимо учитывать, что сохраняющееся патологическое влечение, признаки состояния отмены и сопутствующий прием нелегальных опиоидов, алкоголя или седативных средств свидетельствуют о недостаточной суточной дозе метадона. При возникновении головокружения и сонливости следует снизить дозу метадона. Необходимо отметить, что ПИН, получающие лечение метадоном, могут стремиться

увеличивать потребление алкоголя вместо запрещенных опиоидов. У ВПН может изменяться метаболизм некоторых АРВП и увеличиваться риск их гепатотоксичности.

При неэффективности ЗМТ может назначаться бупренорфин, при недостаточном эффекте бупренорфина – метадон. *Одновременное применение метадона и бупренорфина недопустимо!* Бупренорфин – агонист/антагонист опиоидных рецепторов (возможно в сочетании с налоксоном). Антагонистический эффект проявляется при использовании бупренорфина в малых дозах (до 8 мг), а агонистический – в больших (8-32 мг). Выпускается в виде раствора для инъекций (1 мл) и в таблетках (2 мг) сублингвально. Бупренорфин не вызывает дисфорических реакций. Из побочных действий следует отметить тошноту и рвоту, выраженное угнетение дыхания. Для предупреждения развития состояния отмены опиоидов, бупренорфин назначается через 24 часа после последнего приема опиоидов. Рекомендуется начинать ЗБТ в первый прием с 2-4 мг, в первые сутки дозу можно повысить до 8 мг; во вторые сутки – до 16 мг/сутки (в зависимости от симптомов); затем дозу можно повышать на 8 мг через день; эффективная доза обычно составляет около 32 мг/сутки. Бупренорфин, из-за фармакологических свойств и частичного антагонистического эффекта, более безопасен при передозировке, чем метадон. Кроме того, в период детоксикации он обеспечивает более мягкое течение синдрома отмены. При выдаче бупренорфина необходимо соблюдать осторожность из-за возможного ИПН из раскрошенных таблеток, что может привести к использованию общих принадлежностей для инъекций (O'Connor J et al., 1988). Прекращение ЗМТ или ЗБТ должно сопровождаться детоксикацией (лечение состояния отмены) с применением метадона или бупренорфина.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Введение	4
1 <i>Часть 1. Общие вопросы</i>	6
2 Эпидемиология наркозависимости и ВИЧ-инфекции	11
3 Медико-социальные последствия потребления инъекционных наркотиков	17
4 <i>Часть 2. Организация наркологической и инфекционной помощи</i>	23
5 Лечение психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ	26
6 Биологические методы контроля потребления ПАВ	39
7 Организация медико-социальной помощи ПИН при ВИЧ/СПИДе	45
8 <i>Часть 3. Карта аддиктивного поведения ПИН</i>	55
8.1 Материально-техническое оснащение технологии	56
8.2 Показания к использованию технологии	56
8.3 Противопоказания к использованию технологии	57
8.4 Условия использования технологии	57
8.5 Описание структуры и технологии использования К. П. ПН	57
8.6 Возможные осложнения при проведении технологии и способы их устранения	60
8.7 Эффективность использования технологии	61
Заключение	62
Список литературы	64
Содержание	67
Приложение 1	68
Приложение 2	75
Приложение 3	79